

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 75

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE TRIPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 février 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE CORON

* Né à Saint-Chamond (Loire), le 31 août 1884



SAINT-ETIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »

16, Place Marengo, 16

1913

THÈSE

POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1912-1913. — N° 75

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

GROSSESSE TRIPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

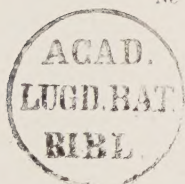
Et soutenue publiquement le 28 février 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALPHONSE CORON

Né à Saint-Chamond (Loire), le 31 août 1884



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE DE « LA LOIRE RÉPUBLICAINE »

16, Place Marengo, 16

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JABOULAY
Clinique des maladies mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique médicale.....	LÉPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	RENAUT.
Anatomie pathologique.....	MORAT.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	LESIEUR.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....	COURMONT (P.)
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BÉRARD, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND, ag.
Accouchements.....	COMMANDEUR, —
Embryologie.....	REGAUD, —
Anatomie topographique.....	PATEL, —
Botanique.....	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.
Propédeutique urologique.....	GAYET —
Déontologie et médecine professionnelle.....	(Et.) MARTIN —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	Etienne MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.)
GAYET.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLESMAUD
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY ch...
PATEL.	LATARGET.	CADE.	SAVY ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président; FABRE, Assesseur; VORON et MOURIQUAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

Qui m'a toujours donné les marques
de la plus vive sollicitude.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de tendre respect et
de profond amour filial.

A MA SŒUR

Dont j'ai si souvent éprouvé la douce
affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552620_0084

A mon Président de thèse,

Monsieur le Professeur WEILL

Professeur de Clinique des maladies des enfants

AUX MEMBRES DE MON JURY

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Lyon :

Monsieur le Docteur BONNET.

Monsieur le Professeur ROCHET.

Monsieur le Docteur NOVÉ-JOSSERAND.

Monsieur le Docteur DURAND.

Monsieur le Docteur VORON.

Monsieur le Docteur GALLAVARDIN.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Saint-Etienne :

Monsieur le Docteur BLANC.

Monsieur le Docteur BÉRARD.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons l'agréable devoir d'adresser nos bien sincères remerciements aux maîtres dont nous avons suivi l'enseignement dans les Hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne. Ils nous ont accueilli avec bonté et nous ont fait profiter généreusement de leur grande expérience clinique.

Nous n'oublierons point le semestre d'externat passé dans le service de M. le Docteur Voron. Nous lui devons l'idée de ce travail ; il nous en a communiqué la principale observation, et ses conseils éclairés nous ont constamment servi de guide.

Nous remercions vivement M. le Professeur Weill, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Le bienveillant accueil que nous avons reçu aux Hôpitaux de Saint-Etienne nous laissera un profond souvenir. Que tous nos camarades, dont beaucoup resteront nos amis, reçoivent l'expression de nos sentiments les plus affectueux !

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE TRIPLE

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'histoire de la grossesse triple est toute moderne. Les premiers documents sur ce sujet furent réunis par Dunal en 1860, puis par Puech en 1873. Ce n'est qu'à ce moment qu'elle acquit droit de cité dans les traités classiques, où étaient confondues auparavant, dans une seule et même description, les grossesses triples et les grossesses doubles : celles-ci, à cause de leur plus grande fréquence, ayant fixé d'une façon presque exclusive l'attention des auteurs.

La grossesse triple n'est pourtant pas une rareté au même titre que les autres grossesses multiples, dont l'histoire de quelques-unes semble tenir plutôt de la fable que de la réalité. Pline l'Ancien, déjà, en

fait mention ; mais cette variété de grossesse était systématiquement laissée de côté, parce qu'on la jugeait peu digne d'intérêt. Les causes en étaient sa rareté d'abord, ensuite le faible degré de viabilité des enfants qui échappaient à la mort *in utero*.

On savait cependant que, parfois, les trois jumeaux se développaient fort bien ; nous n'en voulons pour preuve que les trois Horaces et les trois Curiaces : le célèbre combat qu'ils soutinrent les uns contre les autres prouve que les enfants nés en pareille circonstance peuvent être d'une remarquable vigueur. Citons encore l'histoire de ce bourgeois de Paris, rapportée par Sue, qui eut de sa femme, en sept fois de suite, vingt et un rejetons, dont douze avaient parfaitement vécu et étaient devenus de beaux garçons et de belles filles ; c'est ce même bourgeois qui, pour démontrer péremptoirement qu'une si extraordinaire progéniture était bien à lui, fit la preuve avec sa servante, laquelle mit également trois jumeaux au monde. Peut-être ce bon bourgeois possédait-il trois testicules, comme le voulait la croyance populaire au temps de Philippe Tricouillard.

Malgré cela, Mauriceau, Baudelocque et bien d'autres auteurs croient le diagnostic de la grossesse triple impossible et vouent à une mort certaine les enfants qui en naissent. Aussi la trigémellaire figure-t-elle simplement dans les statistiques.

En 1860, Dunal, de Montpellier, en esquisse une étude basée sur 29 observations. En 1872, Puech étudie « Les causes et les fréquences relatives de la

grossesse triple », et ses statistiques sont classiques encore, à l'heure actuelle.

Avec l'auscultation comme méthode nouvelle appliquée à l'obstétrique, Fletscher, de Birmingham, fait le premier diagnostic de grossesse triple avant le travail. Rousset, de Bordeaux, et Dunal font également le diagnostic pendant la gestation, après avoir entendu trois maxima d'intensité avec un nombre différent de pulsations à chacun d'eux. Le professeur Pinard fait le premier diagnostic en France par le palper. Les observations publiées deviennent très nombreuses et Guihal Paul peut conclure dans sa thèse (Paris, 1900-1901) : le diagnostic de la grossesse triple est possible ; une partie importante des enfants qu'elle produit peut être arrachée à la mort. Depuis, plusieurs publications ont été faites, tant en France qu'à l'étranger ; déjà les observations ne se comptent plus et la grossesse triple, bien que restant une exception, mérite d'être connue de tous et a droit à une description spéciale qui ne manque point d'intérêt.

Limitation du sujet

Nous n'avons pas l'intention de traiter ici toute la question concernant la grossesse triple, ni d'entrer dans les considérations étiologiques et pathogéniques ; ce serait reprendre la discussion sur les différents modes de fécondation, discussion qui nous entraînerait trop loin sans beaucoup d'intérêt. Nous

nous limiterons simplement à l'histoire clinique de cette variété de grossesse qui, seule, intéresse la plupart des accoucheurs et des médecins. Nous avons trouvé un grand nombre d'observations puisées à différentes sources et c'est d'après ces observations que nous essayerons de tracer un tableau aussi complet que possible de la question qui nous occupe.

CHAPITRE II

Statistique

Les statistiques faites jusqu'à ce jour par différents auteurs donnent des chiffres un peu variables. Les plus considérables, concernant la grossesse triple, sont fournies par Veit. Le rapport des grossesses triples au nombre total des accouchements est pour celui-ci de 1 à 7.910.

Puech et Bertillon donnent un tableau pour les différents pays : nous mentionnerons simplement les chiffres concernant différentes nations où la proportion paraît bien supérieure à celle qu'on observe en France ; telles sont, par exemple :

L'Irlande	1	pour	4.995
La Suède	1	pour	4.399
La Russie	1	pour	4.054

Les autres nations donnent un chiffre variable : 1 pour 5, 6, 7.000. A mentionner spécialement la Belgique, qui a la proportion la plus faible avec 1 pour 10.000 environ.

Churchill donne, pour la France, le rapport de 1 à 6.195 ; les statistiques de Puech : 1 pour 6.256 ; celles de Drizard : 1 pour 9.590.

L'influence de l'âge est certaine. Les observations de grossesse triple sont rares chez les primipares ; elles sont d'ailleurs exceptionnelles avant 25 ans, et c'est entre 30 et 39 ans qu'elles atteignent leur plus grande fréquence.

Il existe une relation indéniable entre la grossesse double et la triple. Certains organismes ont une disposition naturelle à la multiparité. C'est ainsi qu'on relève fréquemment dans les observations des femmes ayant eu, avant leur grossesse triple, une ou plusieurs grossesses doubles. Puech cite le cas d'une femme qui, sur cinq grossesses, eut une grossesse triple et une grossesse double ; Dorlain, celui d'une femme qui, sur six grossesses, eut une grossesse triple et deux grossesses doubles. Nous signalons également l'observation inédite d'une femme qui eut 25 enfants en quinze grossesses dont une triple. Chose curieuse, dans l'espace de douze mois, elle eut une grossesse triple et une grossesse double.

L'influence paternelle sur la grossesse triple, quoique plus rare, semble exister. Ribemont-Dessaignes et Lepage citent le cas d'un paysan russe qui, marié deux fois, eut 87 enfants. Sa première femme eut quatre grossesses quadruples, sept triples et six dou-

bles ; sa deuxième femme eut six grossesses doubles et deux triples. Nous avons noté plus haut l'histoire semblable d'un bourgeois de Paris.

Enfin, il faut signaler la coexistence de la grossesse triple avec une fécondité par ailleurs remarquable, tant chez la femme elle-même que du côté du mari. L'hérédité gémellaire elle-même existe et il n'est pas rare de trouver des jumeaux dans les antécédents des femmes qui nous occupent.

CHAPITRE III

Diagnostic de la grossesse triple

Le diagnostic de la grossesse triple est rarement établi, voilà le fait qui découle des observations publiées. Dans le plus grand nombre des cas, il n'a été porté qu'après la naissance du premier enfant, ou seulement pendant l'expulsion du second, ou même après l'expulsion de celui-ci. Ce diagnostic est certainement difficile : il n'est pas impossible. La grossesse trigémellaire est une exception ; ses symptômes sont à peine l'exagération de ceux d'une gémellaire ; une foule de circonstances : épaisseur et tension des parois, position des fœtus, hydramnios, peuvent créer une telle variété de cas que le médecin le plus prévenu, à moins de circonstances particulièrement favorables et d'examens répétés, n'osera, dans la plupart des cas, émettre une opinion autre que celle de grossesse gémellaire.

Il existe cependant quelques signes qui peuvent, pendant la grossesse, faire porter le diagnostic de trigémellaire. Dunal a signalé un symptôme qui doit, dès le cinquième mois, attirer l'attention du praticien : c'est le développement considérable du ventre dès ce cinquième mois. Cet accroissement rapide tient à deux causes : d'abord, à la multiplicité des produits de conception, ensuite à l'hydramnios concomitant. Celui-ci est, en effet, fréquent dans la grossesse triple, mais il n'intéresse le plus souvent qu'un ou deux œufs. L'œdème des membres inférieurs, l'œdème sus-pubien sont les conséquences forcées de cet accroissement utérin rapide. Il en est de même des troubles digestifs, des troubles de la miction par compression des uretères ou de la vessie, de la gêne respiratoire et de la dyspnée d'effort, le refoulement en masse de l'intestin grêle entravant le bon fonctionnement du diaphragme. Mais ce ne sont là que des phénomènes accessoires au point de vue du diagnostic, car ils existent dans les grossesses gémellaires, dans l'hydropisie de l'amnios et même dans les grossesses simples quand l'enfant est volumineux. Ils peuvent aussi faire complètement défaut, comme le signalent des observations de Budin et de Wildermann.

Des signes plus précieux sont fournis par le *palper* et c'est encore lui qui donnera les meilleurs renseignements. Mais il est parfois très difficile à pratiquer et bien des causes le rendent indécis : la plus importante est la distension extrême des parois, le ventre de bois, qui ne se laisse pas déprimer et que la main

interroge en vain : il y a encore l'existence du liquide amniotique en quantité considérable : des observations de Lantos, Grusdew, Polstalnow en ont signalé sept, huit, neuf litres ; enfin l'insertion de la volumineuse masse placentaire sur la paroi antérieure de l'utérus, en s'interposant entre la main de l'accoucheur et le fœtus, constitue parfois un obstacle de plus. La disposition réciproque des œufs a elle-même son importance ; un œuf placé derrière les autres est totalement inaccessible ; mais cette disposition est rare, la colonne vertébrale de la mère empêchant par sa saillie la position d'un fœtus sur la ligne médiane, derrière les deux autres.

Grâce au palper, Pinard, Ribemont-Dessaignes, Afonow ont pu reconnaître des grossesses triples avant l'accouchement. Le diagnostic se base alors, soit sur la perception de cinq ou six grosses extrémités fœtales, comme dans un cas de Pinard, soit sur la perception de trois grosses extrémités homonymes, comme dans les cas d'Afonow et de Ribemont-Dessaignes.

Le *toucher vaginal* contribue au diagnostic. Il permet de sentir des parties fœtales, de les faire ballotter. Combiné au palper, il rendra de grands services en permettant de faire ballotter isolément un fœtus sans entraîner les deux autres. Pendant le travail, il devient un moyen d'exploration de premier ordre : après l'expulsion du premier fœtus, il peut faire reconnaître une double poche des eaux, comme dans un cas de Puech, ou bien encore des parties fœtales appartenant à des fœtus différents. Il permet

enfin de découvrir le troisième fœtus, ignoré parfois jusqu'après l'expulsion des deux premiers ; il existe, en effet, des cas relativement nombreux dans lesquels on ne s'est aperçu de la présence du troisième fœtus qu'après l'expulsion du second, en faisant une exploration vaginale.

Sans accorder la même valeur à *l'auscultation*, nous pensons qu'elle peut rendre de grands services. C'est par ce moyen que, avant la connaissance du palper obstétrical, Fletscher, Rousset, Dunal, Nœgelé, firent les premiers diagnostics connus de grossesse triple ; Depaul lui attribuait pour ce but une grande valeur. Mais il s'en faut que ses indications soient toujours parfaites. Lorsque l'auscultation permet de distinguer *trois* maxima d'intensité séparés par des zones silencieuses, elle acquiert un caractère de certitude diagnostique ; Rousset et Dunal ont ainsi reconnu une grossesse triple pendant la gestation. Mais il faut établir l'indépendance des trois foyers ; l'absence d'isochronisme entre ces foyers est malaisée à définir ; un même fœtus peut donner deux foyers distincts. Un bon signe est la différence de rythme du cœur des fœtus, et encore faut-il se souvenir que le rythme du cœur fœtal varie d'un moment à l'autre, suivant l'état de contraction de l'utérus ; il faudrait faire ausculter les trois foyers en même temps, par trois observateurs différents, qui noteraient le nombre des pulsations. Le résultat serait certain, mais la méthode est le plus souvent impraticable. D'autre part, les trois foyers, comme en témoignent nombre d'observations, sont loin de se rencontrer toujours,

soit que la disposition des fœtus ne s'y prête pas, soit par suite de la mort de l'un d'eux. Le plus souvent, ainsi que le fait justement remarquer Alphonse Hergott, on ne trouve que deux maxima.

Le docteur Hugé, de Nantes, indique un nouveau signe que Semanne, dans sa thèse, décrit ainsi : « Nous avons remarqué l'existence, à la surface de l'utérus, d'un sillon large et assez profond, qui correspond à la loge amniotique vide de l'enfant qui vient de sortir. L'utérus, dans la grossesse triple, est, en effet, divisé en trois loges, chaque fœtus ayant son amnios ; qu'une de ces loges se vide, la portion correspondante de l'utérus s'affaisse, du moins tant qu'il n'y a pas de contractions, ce qui se traduit par un sillon à la surface de l'organe. Ce petit signe peut avoir quelque valeur. »

CHAPITRE IV

Marche et terminaison de la grossesse triple

La grossesse triple atteint exceptionnellement le terme normal, tel est l'avis de la plupart des auteurs. Les accouchements prématurés constituent la règle et ont lieu du septième au huitième mois de la gestation.

Charbonnier, dans sa statistique portant sur 220 cas, donne les proportions suivantes :

Accouchements à terme	71	soit 32,5 %
Accouchements prématurés . .	129	soit 58,5 %
Avortements	21	soit 9,5 %

Semanne donne la proportion suivante, portant sur 52 observations :

Avortements	4	soit 7,6 %
Accouchements prématurés . .	27	soit 51,9 %
Accouchements à terme	21	soit 40,3 %

Les 50 observations que nous avons compulsées donnent la proportion suivante :

Avortements	3	soit	6	%
Accouchements prématurés..	28	soit	56	%
Accouchements à terme	19	soit	38	%

Il résulte de ces statistiques que l'accouchement à terme ou près du terme paraît plus fréquent que ne le pensent généralement les auteurs classiques.

Les causes de l'accouchement prématuré sont nombreuses : distension trop grande de l'utérus, hydramnios fréquent d'un ou de deux œufs, troubles respiratoires et circulatoires intenses par compression, intoxication maternelle. Il faut également tenir compte de la mort d'un ou de deux fœtus, bien que cette mort ne détermine pas fatalement l'interruption de la grossesse. Deux cas peuvent se présenter : le premier, le plus rare, le ou les fœtus morts sont expulsés, le ou les vivants continuant à se développer ; deuxième cas, le ou les morts restent dans l'utérus et sont expulsés macérés ou momifiés avec les fœtus vivants qui ont continué leur évolution jusqu'au terme normal.

CHAPITRE V

1^o L'accouchement

Trois accouchements successifs vont se dérouler, séparés par deux intervalles dont les durées peuvent varier, mais sont d'ordinaire très courtes.

La période de dilatation est relativement longue ; la moyenne des observations donne 11 heures, c'est-à-dire un peu plus que dans les grossesses simples.

La période d'expulsion est généralement rapide, une demi-heure. Lorsque l'expulsion se fait par les moyens naturels, il s'écoule en moyenne 30 minutes entre la sortie du premier et celle du second fœtus, un peu moins entre celle du second et celle du troisième fœtus. Saniter donne comme moyenne 37 et 24 minutes. Mais il ne faudrait pas trop compter sur ces chiffres en face de la réalité.

Les présentations autres que la présentation du sommet sont relativement fréquentes. Au point de vue statistique, Charbonnier, sur 458 enfants issus de grossesse triple, trouve : 254 sommets, 117 sièges, 57 épaules ; Semanne, sur 42 grossesses triples, trouve : 62 sommets, 53 sièges, 6 épaules. Les statistiques de Mirabeau et Saniter réunis donnent :

Sommet	54,8 %
Siège	42,9 %
Face et épaule	2,9 %

A noter que les présentations sont ordinairement différentes pour les trois fœtus.

La cause de ces présentations anormales doit être cherchée, d'après Puech, dans la fréquence des naissances avant terme, l'hydropisie de l'amnios et la distension de la cavité utérine permettant le facile déplacement du jumeau resté seul. Les épaules ne sont d'ailleurs guère fournies que par le troisième jumeau ; le premier s'accouche spontanément, mais les interventions sont fréquentes pour le deuxième et le troisième.

2^o La délivrance

La délivrance peut s'effectuer de quatre façons différentes :

1^o L'expulsion du ou des placentas a lieu en même

temps, après la naissance du dernier fœtus. C'est le cas le plus commun, vraisemblablement parce que ce n'est qu'à ce moment que l'utérus acquiert un degré de rétraction suffisante.

2° Chaque placenta, s'il y en a trois, est expulsé après le fœtus correspondant. Cas absolument exceptionnel.

3° Un placenta suit le premier fœtus ; les deux autres suivent le troisième enfant.

4° Deux placentas ou un placenta commun aux deux premiers fœtus suivent le deuxième jumeau ; le troisième placenta suit le troisième fœtus.

La délivrance est un des moments critiques de l'accouchement triple ; l'hémorragie, par suite de l'inertie utérine ou de la rétention des cotylédons, en est une complication fréquente. Souvent il y aura lieu de procéder à une délivrance artificielle.

CHAPITRE VI

Manière d'être des œufs

La disposition anatomique la plus fréquente, celle qu'on doit considérer comme type, est la suivante : il y a deux œufs dont un double. Cette disposition se rencontre 11 fois sur 20, d'après Strassmann. Moins souvent on observe trois œufs et plus rarement encore un œuf unique.

Le plus ordinairement il n'y a qu'une masse placentaire, mais on trouve tantôt deux, tantôt trois placentas distincts.

Lorsqu'il existe trois œufs, on peut trouver trois placentas séparés ou bien un placenta distinct et deux placentas réunis. Chacune des trois poches renfermant les fœtus est constituée par un chorion et un amnios.

Lorsqu'on a affaire à deux œufs, il y a deux placentas ou une masse placentaire unique ; l'un des fœtus est contenu dans une loge formée par un chorion et un amnios ; les deux autres, enveloppés dans le même chorion, ont tantôt chacun leur amnios, tantôt et beaucoup plus rarement un amnios commun.

Lorsque les jumeaux proviennent d'un œuf unique, il n'y a qu'un seul placenta ; avec le chorion unique, on peut trouver, soit trois poches amniotiques, soit deux poches, dont l'une renferme deux fœtus, soit exceptionnellement une poche amniotique commune aux trois jumeaux.

On ne trouve pas habituellement de *connexions vasculaires* importantes entre les placentas, même lorsqu'ils sont soudés, disposition qui explique qu'on puisse ne pas attacher trop d'importance à la ligature du bout placentaire du cordon.

Signalons enfin qu'il y a presque toujours trois cordons indépendants. Exceptionnellement on trouve deux cordons, dont un seul s'est subdivisé. Tinelli cite le cas d'un cordon unique subdivisé en trois branches.

Nous nous occupons longuement, plus loin, de la vitalité des fœtus issus d'une trigémellaire. Nous nous contenterons de signaler ici le faible développement habituel de ces fœtus, ce qui démontre bien que l'organisme humain n'est pas adapté à la grossesse triple : son insuffisance, tant au point de vue de la nutrition des fœtus que de la capacité utérine, est manifeste.

En ce qui concerne le sexe des foetus, Guzzoni (1889), sur un total de 2.950 cas, compte :

705 fois : 3 garçons

695 fois : 3 filles

906 fois : 2 garçons et 1 fille

644 fois : 1 garçon et 2 filles

Il s'ensuit que, dans les accouchements trigémellaires, les enfants sont plus souvent de sexe différent que de même sexe : 1.550 pour 1.400 ; d'autre part, le sexe masculin prédomine sur le sexe féminin.

CHAPITRE VII

Conduite à tenir

§ I. — Pendant la grossesse

Les précautions générales à prendre sont les mêmes que dans la grossesse simple ; il faut insister sur le repos qui permettra à la mère d'arriver plus près du terme et d'éviter une terminaison trop hâtive. L'examen répété des urines, un régime peu toxique permettront de dépister et de combattre l'auto-intoxication.

La présentation du siège n'est pas une indication à la version par manœuvres externes, et à moins que l'extrémité céphalique d'un fœtus ait tendance à glisser dans une fosse iliaque, il n'y a pas lieu d'intervenir. Dans ce dernier cas, il faudrait pratiquer la réduction de la présentation par manœuvres externes. (Puech)

§ II. — Pendant le travail

L'expulsion successive des fœtus sera abandonnée à la nature. Le rôle de l'accoucheur consiste à surveiller attentivement le travail, afin de reconnaître et d'éloigner tout ce qui pourrait en troubler le cours normal. Là, comme dans la grossesse simple, l'intervention sera réservée aux cas où le travail traîne en longueur, aux cas où se produisent des complications, aux cas où il existe une mauvaise présentation.

Dès qu'un fœtus est né, on s'assurera par le doigt ou la main de la présentation du suivant, de l'état de son cordon, procident ou non. Tout étant reconnu normal, la présentation suivante bonne, on sectionnera le cordon de l'enfant qui vient de naître entre deux ligatures, afin d'éviter l'hémorragie dangereuse pour le ou les fœtus qui restent, au cas où il existerait des anastomoses vasculaires entre les placentas.

Que faire si les contractions utérines tardent à se produire ? La règle posée par Puech est de n'intervenir que si le ou les fœtus donnent des signes de souffrance ou si quelques dangers menacent la mère. L'intervention sera, selon les cas, une extraction par le forceps ou une version par manœuvres internes.

La deuxième poche des eaux est intacte, tout est normal, que faire ? Hâter l'expulsion par crainte que le placenta venant à se détacher prématurément le fœtus ne vienne à succomber, ou laisser reposer l'utérus fatigué et attendre le réveil des contractions ? Les observations relatent des temps très variables entre la sortie de deux fœtus. Boquel cite un cas où

trois heures s'écoulèrent ; dans d'autres observations, dix minutes seulement séparèrent la sortie de deux fœtus, et cela sans inconvénient. Pinard est d'avis qu'il ne faut pas attendre. Pour Puech l'attente est indiquée, mais elle a des limites : lorsque le col tend à revenir sur lui-même et à se refermer on doit rompre la poche des eaux et extraire les fœtus restants.

Cependant, on pourrait laisser le col se refermer et prolonger le séjour des fœtus dans l'utérus lorsque l'accouchement se produit avant le terme de viabilité, mais il faut que le placenta du premier jumeau, complètement indépendant de celui du second, ait été expulsé. C'est une éventualité rare.

§ III. — **Pendant la délivrance**

Il faut se conduire comme dans un cas d'accouchement simple : c'est dire qu'on doit attendre le décollement placentaire s'il n'y a aucun signe inquiétant et n'intervenir que lorsque l'arrière-fait est passé tout entier dans le vagin. Souvent il y a de l'inertie utérine à cette période et les hémorragies qui en résultent seront traitées comme doivent l'être les hémorragies de la délivrance.

Pour extraire la masse placentaire descendue dans le vagin, on combinera les pressions sur le fonds de l'utérus avec les tractions sur le cordon ; mais ces dernières ne seront pratiquées que sur un seul cordon afin de ne pas attirer simultanément par deux points

différents deux placentas ou la masse placentaire unique. On saisira d'abord le cordon correspondant au placenta ou à la portion de placenta le plus engagé, ensuite l'autre si c'est nécessaire.

Hormis le cas où un placenta accompagne la sortie du premier ou du deuxième jumeau, on ne procédera à la délivrance, en s'aidant à la fois de l'expression utérine ou de traction sur un seul cordon, qu'après la sortie du dernier fœtus ; il est sage, en effet, de s'abstenir de tirer sur les cordons, car on ne sait lequel répond au placenta décollé le premier et se trouvant le plus bas situé dans l'utérus. On attendra donc que la masse placentaire soit descendue en totalité ou en grande partie tout au moins dans le vagin.

Dans le cas où deux œufs étant complètement indépendants, le placenta du premier viendrait tomber dans le vagin au-devant du deuxième, on procéderait immédiatement à son extraction.

Après, comme pendant la délivrance, on se tiendra en garde contre les *hémorragies* extrêmement fréquentes. Enfin il est de bonne pratique, après la délivrance trigémellaire, de donner une injection intra-utérine chaude.

§ IV. — **Dystocie spéciale**

Il faut ne pas perdre de vue le principe général de tout accouchement : sauvegarder, avant tout, les jours de la mère. On s'efforcera ensuite de sauver les

foetus. Pour cela, on s'attachera à refouler le foetus le moins engagé au-dessus de l'excavation et on achèvera l'extraction du premier. S'il devient nécessaire de réduire le volume d'un foetus, on fera subir l'opération mutilatrice à l'enfant le plus compromis, le premier ordinairement, ou à l'enfant ayant déjà succombé.

Il est difficile de donner pour tous les cas des règles précises ; nous nous contenterons d'indiquer, d'après Puech, la conduite à suivre dans les cas de dystocie les moins rares.

1° Deux têtes se présentent ensemble : il faut repousser la moins engagée ; en cas d'échec, tenter tout d'abord un forceps sur la tête la plus engagée ; si le forceps échoue, on pratiquera la basiotripsie sur cette tête.

L'engagement profond d'une deuxième tête peut, après la sortie de la première, empêcher l'extraction complète du foetus. En ce cas, on fera un forceps sur la deuxième tête, ou bien, si le premier enfant est mort, on pratiquera sa détroncation avec des ciseaux, puis l'extraction du deuxième foetus à l'aide du forceps ; on termine par l'extraction du tronc du foetus décapité.

2° Un enfant se présente par le siège, un autre par le sommet et les deux têtes s'accrochent : tenter de refouler en haut la deuxième tête ; si l'on échoue, on pourra, soit comme le conseille Depaul, tenter une application de forceps sur la deuxième tête, soit faire une craniotomie sur cette même tête, soit, ce qui est mieux, pratiquer la décollation du foetus dont le corps

pend entre les cuisses de la mère et appliquer ensuite le forceps sur la deuxième tête ; on extrait en dernier lieu la tête du premier fœtus refoulée dans l'utérus après la section du cou.

3° Deux jumeaux sont adhérents et l'expulsion spontanée impossible : il faut essayer, à l'aide de manœuvres manuelles, de favoriser l'engagement successif des deux fœtus. Si ces manœuvres ne réussissent pas, si l'extraction par les pieds ou le forceps auxquels on s'adressera suivant le mode de présentation échouent de même, on pratiquera l'embryotomie. Souvent le ou les fœtus sont partiellement dégagés et les parties à sectionner se trouvent au dehors.

En aucun cas on ne doit exposer la mère aux risques d'une symphiséotomie ou d'une opération césarienne.

CHAPITRE VIII

Observations

Avant d'aborder la question du pronostic, du pronostic fœtal en particulier, nous placerons les observations. La plupart ont été publiées ; aussi nous contenterons-nous le plus souvent de mettre en évidence les enfants. Leur poids à la naissance, leur vitalité plus ou moins éloignée fixeront notre attention. Nous croyons, en effet, que là se trouve le point intéressant de la grossesse trigémellaire depuis que les soins dont on entoure les prématurés permettent au médecin de les arracher à la mort dans des proportions importantes.

OBSERVATION I

Recueillie à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon et communiquée
par M. le Professeur Agrégé VORON.

Femme S..., 33 ans, II pare, entre à la maternité le
20 mars 1912.

On relève, dans les antécédents héréditaires de la malade, deux grossesses gémellaires.

Dernières règles, le 14 juillet 1911.

Evolution normale de la grossesse. Le ventre était très gros et ballonné, la malade avait bien l'impression d'avoir une grossesse double, et une sage-femme consultée fit le diagnostic de gémellaire. Néanmoins ni dyspnée, ni œdèmes, ni rien d'anormal n'ont accompagné l'état puerpéral.

Le 19 mars, à minuit, la malade fait les eaux chez elle ; le 20, elle vaque à ses occupations coutumières ; mais à la fin de la journée, elle est prise de douleurs qui progressivement augmentent de fréquence et d'intensité et la déterminent à entrer dans le service vers huit heures du soir.

L'examen de la malade, à l'entrée, met en évidence 2 pôles fœtaux et 2 foyers d'auscultation très nets, au voisinage de la ligne médiane et près de l'ombilic.

Accouchement le 21 mars, à 2 heures du matin. Le premier fœtus se présente en siège décomplété et on l'extraît facilement par de simples tractions sur les aines. C'est une fille, pesant 2.150 grammes. Ligature du cordon à ses deux bouts, fœtal et placentaire.

Le deuxième fœtus se présente transversalement, tête à gauche, dos en arrière. Les bruits du cœur sont très nets dans la fosse iliaque gauche. Au toucher, poche des eaux très tendue dans laquelle on perçoit un bras procident. On rompt la poche des eaux, le bras procident vient à la vulve, la version est pratiquée ; malgré la brièveté absolue du cordon, la sortie s'effectue sans difficulté. C'est une fille, pesant 2.000 grammes. Ligature du bout fœtal du cordon.

La malade semble soulagée ; néanmoins, l'utérus est encore volumineux, laissant pressentir un gros placenta. Il est 3 h. 30 du matin.

A 4 heures, la délivrance ne venant pas, on fait un nouveau palper qui laisse pressentir l'existence d'un troi-

sième enfant, dont la présentation, un sommet, est déjà dans l'excavation pelvienne. L'auscultation au ras du pubis confirme son existence.

La malade présente des signes de surmenage obstétrical, et l'utérus, dur, semblant revenu sur lui-même, on pratique, non sans difficultés, une nouvelle version et on amène le troisième enfant, un garçon, du poids de 1.400 grammes.

La mère est très fatiguée, complètement épuisée.

Au bout d'une demi-heure, la délivrance ne venant pas, on fait de l'expression abdominale qui donne issue à une grande quantité de caillots assez volumineux et dont le poids total peut être évalué de 5 à 600 grammes.

Peu après, on pratique la délivrance artificielle ; le placenta vient bien, d'un seul bloc ; les membranes sont complètes et leur sortie s'opère avec une perte de sang encore assez abondante.

La perte totale de sang peut être évaluée à 800 grammes.

Le placenta est ovalaire, pèse 1.200 grammes ; il se présente cloisonné en 3 poches sans communications inter-placentaires.

Après la délivrance, on fait une injection intra-utérine de la solution de Tarnier et une injection sous-cutanée d'ergotine.

Malgré cela les suites de couches furent fébriles, la malade eut surtout beaucoup de peine à se remettre de son épuisement.

Les enfants, mis en couveuse, se sont bien développés ; ils sortent de la maternité âgés de 3 mois, en parfait état.

OBSERVATION II

Recueillie à la Maternité de Saint-Etienne.

Femme R..., 34 ans. Multipare.

Ne peut préciser la date de ses dernières règles.

Aucun accident pendant la grossesse.

A l'examen, le diagnostic de gémellaire est porté. L'auscultation révèle, en effet, deux maxima de bruits du cœur fœtal, l'un à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane.

La durée totale de l'accouchement fut de 2 heures. Aucune difficulté pour les deux premiers enfants, dont l'expulsion fut spontanée. Le premier se présentait en OIGA, le deuxième en SIGA. Il existe une procidence du cordon du troisième fœtus qui se présente par la tête ; une première tentative de version est infructueuse ; une application de forceps échoue également ; une deuxième version est tentée et l'on tire par les pieds un enfant mort-né.

Délivrance artificielle immédiate.

Après la délivrance, hémorragie très abondante qui cède par le massage utérin et une piqûre d'ergotine.

Suites de couches normales.

Le placenta est unique et pèse 1 k. 500. Il y a 3 poches des eaux ; celle du deuxième fœtus est très vaste et contenait une grande quantité de liquide amniotique verdâtre. Il existe trois cordons ayant, comme longueur, 66 cent., 59 cent., 42 cent., et ne présentant ni circulaires, ni nœud.

Les enfants : A fille, 2.500 gr.

B fille, 2.750 gr.

C fille, 2.700 gr., mort-née.

Trois mois après l'accouchement, la mère et les deux enfants sortent de la maternité bien portants.

OBSERVATION III

(INÉDITE)

Femme M..., 34 ans. III pare.

A des jumeaux dans ses ascendants, tant de son côté que de celui de son mari.

Accouchement à huit mois et demi.

Diagnostic de gémellaire.

Les fœtus se présentent :

A : en occipito-sacrée ; expulsion spontanée ;

B : siège décomplété ; expulsion spontanée ; mort-né ;

C : se présente par le sommet ; mais l'utérus fatigué ne se contracte plus ; l'enfant donne des signes de souffrance ; on tente une version qui amène un enfant en état de mort apparente : il est ranimé.

Délivrance artificielle immédiate.

Suites de couches normales.

Les enfants : A pèse 1.750 gr.

B — 2.100 gr., mort-né.

C — 2.250 gr.

A et C, élevés au sein, sont bien portants trois mois après.

OBSERVATION IV

Publiée par le Docteur SENEBIER, de Mens
(in *Dauphiné Médical*, 1912).

Femme de 35 ans. V pare.

On relève dans ses antécédents une grossesse gémellaire chez sa grand'mère maternelle.

Enceinte de huit mois.

Accouche le 29 août 1912, à 5 heures du soir, d'un enfant vivant. Après l'expulsion, la sage-femme qui l'assiste constate la présence d'un second enfant, fait la section du cordon entre deux ligatures et conseille d'appeler un médecin. Le docteur Senebier, appelé, trouve un ventre encore très volumineux avec bruits du cœur fœtal très nets ; le toucher vaginal lui montre le col utérin revenu sur lui-même, avec une dilatation juste suffisante pour permettre de constater à son intérieur le commencement du placenta ; on ne trouve aucune partie fœtale. L'utérus restant inerte, le docteur Senebier quitte la

malade le 31 août, au matin, le cœur fœtal battant toujours fort. Rappelé dans la nuit du 5 au 6 septembre, il ne trouve plus le cordon du fœtus n° 1 dans le vagin, mais un autre cordon faisant une anse procidente étranglée par le second fœtus dont la tête était déjà dans le vagin. Une application rapide de forceps amène ce fœtus macéré, le 6, à 4 heures du matin.

Le ventre reste gros et le toucher fait reconnaître une partie fœtale (genou ou coude?). On n'entend pas les bruits du cœur.

Quinze heures après l'extraction du n° 2, a lieu l'expulsion spontanée d'un troisième fœtus putréfié.

Une délivrance artificielle immédiate ramène deux placentas très adhérents, pesant réunis 1.100 grammes.

Les suites de couches furent mauvaises, l'infection s'établit et la malade conserva longtemps une température élevée.

Les fœtus, tous les trois du sexe masculin, pesaient : B, 2.000 grammes ; C, 1.800 grammes.

A, le seul vivant, n'a pas été pesé, à cause du préjugé stupide qui prétend que « ça leur porte malheur ». Son poids a été évalué de 1.500 à 1.600 grammes. Il est mort le 3 octobre, à l'époque approximative où aurait fini sa vie intra-utérine.

OBSERVATION V

Docteur GROSS, de Nantes (in thèse de SEMANNE).

Mme X... Secondipare.

Grossesse de sept mois et demi.

Diagnostic de gémellaire.

Accouchement facile ; hémorragie avant la délivrance.

Les enfants :	A	garçon,	pèse	1.510 gr.
	B	—	—	1.610 gr.
	C	—	—	1.480 gr.

Les trois enfants furent d'abord élevés au lait stérilisé. Au bout de 15 jours, l'état de l'enfant A devient précaire. On lui donne alors une nourrice, tandis que les deux autres sont soumis à l'allaitement mixte. L'état de A s'améliore rapidement. Un mois après, la nourrice présentant des abcès du sein fut renvoyée et les enfants nourris au lait stérilisé. A trois mois et demi, ils furent pris tous trois de phénomènes de gastro-entérite. B et C moururent ; A, remis aussitôt au sein, se remit. Agé de 4 mois, il pesait 3.200 grammes.

OBSERVATION VI

Service du Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES (in thèse de SEMANNE).

Mme X... Tertipare.

Grossesse de sept mois.

Diagnostic de trigémellaire fait pendant l'accouchement.

Accouchement et délivrance normaux.

Les enfants :

A garçon, pèse 1.400 gr., meurt le 20^e jour.

B fille, — 1.250 gr.

C garçon, — 1.300 gr., meurt le jour de sa naissance.

B, nourrie au sein, quitte le service âgée de 6 mois, pesant 3.350 grammes.

OBSERVATION VII

Service du Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES (in thèse de SEMANNE).

Femme X... Secondipare.

Grossesse de sept mois et demi.

Diagnostic de gémellaire.

Accouchement spontané. Délivrance normale. Placenta unique.

Les enfants :

A fille, 1.450 gr.

B fille, 1.510 gr., meurt 10 h. après sa naissance.

C fille, 1.000 gr., meurt 61 h. après sa naissance.

A, mise en couveuse, reçoit 20 grammes de sérum marin par jour. Elle prend 20 à 25 grammes de lait par tétée. Elle est emmenée par la mère au neuvième jour.

OBSERVATION VIII

M^{me} HENRI (in thèse de SEMANNE).

Femme H..., 37 ans. IV pare.

Grossesse à terme.

Accouchement spontané. Délivrance normale. Un placenta bilobé.

Les enfants :

A garçon, pèse 1.800 gr., meurt au bout de quelques jours.

B garçon, pèse 2.800 gr., meurt au bout de quelques jours.

C fille, pèse 2.320 gr.

OBSERVATION IX

(In thèse de GUIHAL.)

Femme D..., 38 ans. Dix accouchements antérieurs.

Accouchement à sept mois et demi.

Les enfants : A fille, pèse 1.600 gr.

B fille, — 1.740 gr.

C fille, — 1.750 gr.

Les deux premiers enfants sont mis en couveuse et au lait d'ânesse.

Au bout d'un mois, symptômes de gastro-entérite grave. Mis au sein, ils se relèvent rapidement. C, élevée au sein, meurt de broncho-pneumonie.

OBSERVATION X

(In thèse de GUIHAL.)

Femme de 38 ans. Neuf accouchements antérieurs.

Les enfants : A garçon, pèse 2.750 gr.
 B garçon, — 2.500 gr.
 C garçon, — 2.700 gr.

Les trois enfants élevés au sein par la mère, meurent de gastro-entérite.

OBSERVATION XI

(In thèse de GUIHAL.)

Femme de 36 ans. Huit accouchements antérieurs.
 Grossesse à terme.

Les enfants : A garçon, pèse 3.000 gr.
 B garçon, — 1.900 gr. mort-né.
 C garçon, — 2.400 gr.

Les deux enfants vivants suivis pendant dix ans se portaient bien.

OBSERVATION XII

EISENHART, de Munich (in thèse de GUIHAL).

Femme de 20 ans. Secondipare.
 Accouchement à sept mois et demi.

Les enfants : A fille, pèse 2.500 gr.
 B fille, — 2.500 gr., naît cyanosée, meurt aussitôt.

C fille, — 2.000 gr., naît en état de mort apparente, est ranimée, mais meurt deux heures après.

OBSERVATION XIII

Traduite de BAZONELLA par GUIHAL.

Femme P..., 32 ans. Primipare.

Accouchement à huit mois.

Un enfant vivant meurt le sixième jour de pneumonie.

Un quart d'heure après cette naissance, expulsion du placenta et de deux fœtus papyracés ayant dix centimètres de long.

OBSERVATION XIV

Docteur LAMBINON (in thèse de SEMANNE).

Femme B... Primipare.

Accouchement à terme.

Expulsion spontanée d'un garçon pesant 3.200 gr.

La délivrance artificielle ramène deux placentas, dont l'un, très petit, porte deux fœtus papyracés pesant 30 grammes et 14 grammes et n'ayant ni organes thoraciques, ni organes abdominaux. Aspect de bonshommes en pain d'épice.

OBSERVATION XV

Docteur ROUSSET, de Bordeaux. 1857.

J... M..., 33 ans. V pare.

Grossesse de huit mois et demi.

Diagnostic. On trouve trois foyers nets à l'auscultation.

Les enfants : A garçon, pèse 3.000 gr.

B garçon, — 2.700 gr.

C garçon, — 3.040 gr.

OBSERVATION XVI

. Par DUNAL, 1860.

Femme L..., 26 ans. Tertipare.

Grossesse de sept mois et demi.

Diagnostic : On trouve trois foyers à l'auscultation avec nombres de pulsations variables à chaque foyer.

Les enfants pèsent : A 2.400 gr. B 2.350 gr. C 2.040.

OBSERVATION XVII

Par le Docteur WILDERMANN, 1887 (thèse de SEMANNE).

Femme L..., 25 ans. Tertipare.

Grossesse à terme.

Diagnostic : gémellaire.

Accouchement spontané. Délivrance normale. Deux placentas.

Les enfants : A fille, pèse 1.700 gr.

B garçon, — 1.880 gr.

C fille, — 2.170 gr.

OBSERVATION XVIII

Par M^{me} HENRI (thèse de SEMANNE).

Femme T..., 30 ans. Primipare.

Grossesse de huit mois et demi.

Accouchement : extraction par forceps ou version des trois fœtus.

Inertie utérine. Hémorragie. Délivrance artificielle.

Les enfants : A fille, pèse 1.780 gr.

B fille, — 2.070 gr.

C garçon, — 1.980 gr.

OBSERVATION XIX

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme B..., 30 ans. Tertipare.

Grossesse à terme.

Trois enfants vivants : l'un meurt à quelques mois.

OBSERVATION XX

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme F... Tertipare.

Deux filles et un garçon ayant atteint l'âge de 25 ans.

OBSERVATION XXI

(Thèse de GUIHAL.)

Louise B..., 35 ans. Tertipare.

Grossesse à terme.

Les enfants :	A	filles,	pèse	2.040 gr.
	B	filles,	—	1.600 gr.
	C	garçon,	—	2.400 gr.

Deux enfants sont nourris au sein. Le troisième au lait d'ânesse. Etat satisfaisant à la sortie.

OBSERVATION XXII

Traduite de SPERLING par GUIHAL.

Femme G..., 37 ans. Neuf grossesses antérieures.

Accouchement à terme.

Les enfants :	A	filles,	pèse	1.995 gr.
	B	filles,	—	2.080 gr.
	C	filles,	—	2.100 gr.

OBSERVATION XXIII

Traduite de SPERLING par GUIHAL.

Femme F..., 34 ans. III pare.

Accouchement à sept mois.

Les enfants :	A	filie,	pèse	1.720	gr.
	B	garçon,	—	2.540	gr.
	C	fille,	—	2.210	gr.

OBSERVATION XXIV

(Thèse de SCRIBER.)

Femme 27 ans. Secondipare.

Accouchement à sept mois et demi.

Diagnostic : gémellaire.

Les enfants :	A	garçon,	pèse	1.950	gr.
	B	garçon,	—	2.050	gr.
	C	fille,	—	1.500	gr.

OBSERVATION XXV

(Thèse de SCRIBER.)

Femme 32 ans. V pare.

Accouchement à huit mois.

Diagnostic : gémellaire.

Les enfants pèsent :

A la naissance,	A	1.650	gr.	Un mois après,	1.900	gr.
	B	1.900	gr.		2.050	gr.
	C	2.100	gr.		2.200	gr.

OBSERVATION XXVI

Par le Docteur BOQUEL, d'Angers.

Femme X..., 34 ans. Tertipare.

Grossesse de huit mois.

Les enfants : A garçon, pèse 2.390 gr.

B garçon, — 2.500 gr.

C garçon, — 2.490 gr.

Nourris au sein, partie par la mère, partie par une nourrice, ils se sont bien élevés.

OBSERVATION XXVII

(INÉDITE)

Femme P... Multipare. Plusieurs gémellaires.

A eu 25 enfants, dont 5 en un an.

Tous ont dépassé l'âge de 20 ans.

OBSERVATION XXVIII

Par le Docteur LABORDE (*Gazette Médicale*, 1902).

Femme B..., 24 ans.

Diagnostic : gémellaire.

Accouchement : deux forceps ; une extraction par le siège.

Les enfants pèsent : A 2.280 gr. B 2.530 gr. C 1.930.

OBSERVATION XXIX

Par le Docteur Marcel BAUDOUIN (*Gazette Médicale*, 1902).

Femme G..., 27 ans.

Diagnostic : gémellaire.

Les enfants : A garçon, pèse 2.100 gr.
 B garçon, — 1.950 gr.
 C garçon, — 1.550 gr.

Nourris au sein par la mère, ils s'élèvent facilement.

OBSERVATION XXX

Mme G..., à Sèvres, a trois jumeaux, un garçon et deux filles, qu'elle élève au lait artificiel. Agés de trois mois, un compte rendu les dépeint ainsi : « Resplendissants de santé, les corps potelés et tout parsemés de fossettes, les joues égayées de ces roses qu'envient toutes les mères. »

OBSERVATION XXXI

Recueillie par le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES
 à la clinique du Docteur DEPAUL, 1882.

Femme S..., 33 ans. V pare.

Grossesse de huit mois et demi.

Diagnostic : grossesse triple à l'aide du palper.

Les enfants : A garçon, pèse 1.660 gr.
 B fille, — 1.950 gr.
 C garçon, — 1.520 gr.

Meurent le jour de leur naissance à quelques instants d'intervalle.

OBSERVATION XXXII

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme C... Tertipare.

Grossesse de huit mois.

Les enfants :

A garçon, pèse 1.800 gr., meurt âgé de quelques mois.

B fille, — 1.700 gr., meurt à quelques jours.

C garçon, -- 1.600 gr., meurt à quelques jours.

OBSERVATION XXXIII

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme B... Tertipare.

Mort des enfants dans les vingt-quatre heures.

OBSERVATION XXXIV

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme C..., 25 ans. Quintipare.

Mort des enfants au bout de quelques heures.

OBSERVATION XXXV

(Thèse de CHARBONNIER.)

Marie L..., 23 ans. Primipare syphilitique.

Mort des enfants au bout de quelques heures.

OBSERVATION XXXVI

(Thèse de GUIHAL.)

Léontine F... Enceinte de six mois.

Les enfants, trois garçons, pesant respectivement 850 gr., 800 gr., 860 gr., meurent au bout de quelques heures.

OBSERVATION XXXVII

(Thèse de GUIHAL.)

Louise B..., 34 ans. Onze accouchements antérieurs.
Grossesse de sept mois et demi.

Les enfants :

- A fille, pèse 700 gr., meurt en quelques heures.
- B fille, — 355 gr., meurt en quelques heures.
- C fille, — 620 gr., meurt en quelques heures.

OBSERVATION XXXVIII

Par le Docteur GROSS, de Strasbourg (in thèse de SEMANNE).

Femme R..., 26 ans.

Grossesse de sept mois et demi.

Les enfants :

- A garçon, pèse 1.900 gr., meurt scléromateux.
- B — — 1.920 gr., mort-né.
- C — — 2.000 gr., meurt scléromateux.

OBSERVATION XXXIX

Par le Docteur HERGOTT (in thèse de SEMANNE).

Femme S..., 24 ans. Primipare.

Accouchement à sept mois.

- Les enfants :
- A garçon, pèse 2.060 gr.
 - B — — 1.225 gr.
 - C — — 1.100 gr.

Tous les trois meurent au bout de quelques jours.

OBSERVATION XL

(Thèse de SEMANNE.)

Femme C... Primipare.

Les enfants : A garçon, pèse 2.512 gr., mort-né.
B fille, — 1.508 gr., mort-née.
C fille, — 1.012 gr., mort-née.

OBSERVATION XLI

Par le Docteur MOUSSOUS, de Bordeaux.

Femme D... Tertipare.

Accouchement à sept mois et demi.

Les enfants pèsent : A, 1.005 gr. ; B, 1.230 gr.
C, 980 gr.

OBSERVATION XLII

Par le Docteur HUGÉ, de Nantes (in thèse de SEMANNE).

Femme S..., 36 ans. Secondipare.

Grossesse de huit mois.

Diagnostic : gémellaire.

Les enfants :

A garçon, pèse 2.000 gr., a vécu 15 jours.
B — — 1.750 gr., mort-né.
C fille, — 1.900 gr., a vécu 6 semaines.

OBSERVATION XLIII

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme D..., 32 ans. Secondipare.

Grossesse à terme.

Les enfants : A fille, pèse 2.500 gr.
B — — 2.500 gr.
C — — 575 gr., mort-née.

OBSERVATION XLIV

(Thèse de CHARBONNIER.)

Marie B..., 45 ans. 18^e grossesse.

Accouchement à terme.

Les enfants : deux filles vivantes ; un mort-né.

OBSERVATION XLV

(Thèse de CHARBONNIER.)

Femme B..., 28 ans. Tertipare.

Accouchement à terme.

Les enfants : A, garçon, meurt en quelques heures.

B et C, filles, naissent papyracées, mais
sans signe de décomposition.

OBSERVATION XLVI

(Thèse de GUIHAL.)

Marie J..., 18 ans. Primipare.

Accouchement à huit mois.

Les enfants : A pèse 1.250 gr. légèrement hydrocé-
phale, meurt à 25 jours.
B pèse 550 gr., fœtus macéré.
C — 1.720 gr.

OBSERVATION XLVII

Par le Professeur PINARD, 1899 (in thèse de SEMANNE).

Femme D., 38 ans. Sextipare.

Grossesse de huit mois.

Diagnostic : trigémellaire fait par le palper abdominal.
Constatation de six pôles et de trois foyers.

Accouchement : femme prise de dyspnée intense avec angoisse et cyanose. Chaque contraction utérine s'accompagne de crises dyspnéiques de plus en plus intenses. Brusquement, au cours de l'une d'elles, la femme se renverse en arrière et expire.

Extraction forcée des enfants en dix minutes.

Les enfants : A fille, pèse 2.150 gr.

B — — 2.720 gr.

C garçon, — 2.950 gr.

L'autopsie révéla une surcharge graisseuse du cœur, avec lésion de sclérose.

OBSERVATION XLVIII

Par DÉMELIN, dans la *Revue et Mémoire d'Obstétrique*.

Avortement trigémellaire à trois mois et demi, chez une multipare de 40 ans. Rétention de la délivrance. Infection grave avec symptômes de péritonite. Mort au bout de neuf jours.

OBSERVATION XLIX

Service du Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES (in thèse de SEMANNE).

Mme X... Tertipare.

Grossesse de cinq mois. Avortement.

Suites de couches fébriles et curetage.

Les fœtus pèsent : A, 520 gr. ; B, 550 gr. ; C, 620 gr.

Liquide amniotique : 6.450 grammes.

OBSERVATION L

Par EISENHART, de Munich (in thèse de GUIHAL).

Primipare, 22 ans.

Accouchement à la fin du cinquième mois.

Poids des fœtus : 330 gr. ; 380 gr. ; 340 gr.

CHAPITRE IX

Pronostic de la grossesse trigémellaire

§ 1. — Le pronostic maternel

Le pronostic *quoad vitam* est excellent. Dans les observations que nous publions, on ne relève que deux cas de mort maternelle : l'un par infection grave avec péritonite suraiguë, au cours d'un avortement à trois mois et demi, cause de mort à laquelle le développement de trois fœtus *in utero* est probablement bien étranger ; l'autre est attribuable à l'intoxication : la femme déjà dyspnéique et cyanosée ne put supporter la pénible épreuve d'un long accouchement, elle expira brusquement au cours d'une contraction utérine. L'autopsie révéla une surcharge graisseuse du cœur avec lésions de sclérose.

Les complications sont fréquentes : l'auto-intoxication, l'albuminurie, l'éclampsie guettent la femme pendant la grossesse ; l'inertie utérine, l'hémorragie pendant le travail. Les nombreuses interventions nécessaires sont une cause possible d'infection. Cependant, dans la grande majorité des cas, la femme se tire sans encombre d'une grossesse triple et, grâce à l'intervention de l'accoucheur, le pronostic devient aussi bon que celui de la grossesse simple.

§ II. — Le pronostic fœtal

Les différents auteurs, le croient particulièrement défavorable. Ils en donnent pour cause le grand nombre de naissances avant terme et le peu de viabilité des fœtus qui en résulte ; la fréquence des mauvaises présentations explique la proportion élevée des mort-nés ; en outre la mortalité fœtale est considérable pendant la première année.

Guihal Paul, dans sa thèse, donne les chiffres suivants :

4 avortements ;

17 accouchements se décomposant ainsi : 6 du 7^e au 8^e mois ; 11 du 8^e au 9^e mois.

Sur ces 17 accouchements, il compte :

41 enfants vivants, dont 5 morts avant la fin du troisième jour ;

10 enfants morts, dont 4 au cours du travail ;

5 papyracés ou macérés ;

1 mort-né.

Des observations que nous publions, on peut déduire les chiffres suivants :

50 accouchements trigémellaires, soit 150 enfants se décomposant ainsi :

Mort-nés, foetus macérés ou papyracés, 27, soit 18 % ;

N'ont vécu que quelques heures ou quelques jours, 44, soit 29.3 % ;

Ont vécu plus d'un mois, 79, soit 52.6 %.

La proportion des mort-nés serait, d'après A. Puech, de 31 % ; d'après Strassmann, de 12,09 %.

Il est malheureusement difficile de savoir ce que sont devenus les 79 enfants qui ont doublé le cap redoutable du premier mois, et la plupart des observations sont muettes à ce sujet. C'est ainsi que :

56 enfants ont été perdus de vue ;

7 sont morts avant l'âge d'un an ;

16 restaient vigoureux et pour 8 d'entre eux la survie signalée est de longue durée.

Une question importante est celle du poids de l'enfant à la naissance. Nous trouvons dans nos observations 116 enfants issus de trigémellaire et dont les poids à la naissance sont connus :

21 pesaient moins de 1.000 grammes, soit 18 %

12 pesaient de 1.000 gr. à 1.500 gr., — 10,3 %

37 — 1.500 gr. à 2.000 gr., — 31,9 %

27 — 2.000 gr. à 2.500 gr., — 23,2 %

15 — 2.500 gr. à 3.000 gr., — 12,9 %

4 pesaient plus de 3.000 grammes, — 3,6 %

Il résulte de cet aperçu que 80 pour cent des enfants issus de trigémellaire naissent viables. Mais ce sont des prématurés et, pour un certain nombre, des débiles. Ils ont d'autant moins de chances de survie que leur poids est plus faible :

Au-dessous de 1.700 gr. la mortalité est de 80 % ;

Au-dessous de 2.100 gr. la mortalité est de 20 à 25 % ;

Au-dessus de 2.500 gr. la mortalité n'est plus que de 8 à 10 %.

La forte mortalité du prématuré dépend de plusieurs éléments : le refroidissement d'abord, lié à l'insuffisance circulatoire, le guette ; la température d'un prématuré peut tomber à 34°, 30° et même au-dessous. Budin a constaté chez un tiers d'entre eux des températures inférieures à 33°5. Puis ce sont les difficultés de l'alimentation : l'insuffisance gastro-intestinale est une des caractéristiques de l'enfant prématuré ; elle permet de comprendre la gravité des troubles digestifs chez ces êtres chétifs et l'absolue nécessité pour eux de l'allaitement au sein. Signalons enfin les dangers d'infection beaucoup plus grands chez le prématuré que chez l'enfant à terme.

Cependant la mortalité du prématuré a beaucoup diminué ces dernières années. L'emploi des couveuses pour combattre le refroidissement, l'usage des bains, des frictions, du massage pour activer la circulation, ont eu la plus heureuse influence. Ce qui est indispensable, c'est que le prématuré soit allaité au sein, au sein maternel de préférence,

pendant les premiers mois de sa vie. Une alimentation bien réglée, une bonne hygiène, lui permettront de franchir la dangereuse période des premiers mois ; plus tard son développement physique et intellectuel ne différera en rien de celui d'un enfant normal.

Cet avenir nouveau ouvert à l'enfant prématuré par les progrès de la science dans l'art de la puériculture, justifie pleinement l'intérêt plus grand que l'on porte à la grossesse trigémellaire. Il ne s'agit plus, en effet, de constater seulement ce qu'on a appelé un « cas pathologique rare », il faut en tirer tout le parti possible, c'est-à-dire assurer aux enfants qui en naissent une existence à laquelle ils ont droit.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse triple ne peut plus être considérée comme un fait rare ; il en existe de nombreuses observations, qui permettent de bien connaître son histoire clinique.

II. — L'évolution de la grossesse triple diffère peu de celle de la grossesse normale.

III. — L'accouchement prématuré est la règle générale ; il a lieu entre sept et huit mois. L'avortement est rare.

IV. — L'examen méthodique de la femme par le palper et l'auscultation permet d'arriver au diagnostic. Le plus ordinairement, le diagnostic de gémellaire est simplement porté, et le troisième fœtus n'est reconnu qu'au cours de l'accouchement.

V. — L'accouchement spontané de tous les fœtus est rare, par suite de la fréquence des présentations vicieuses ; mais les interventions sont, en général, faciles, et les difficultés qui peuvent survenir modérées.

Les hémorragies de la délivrance sont fréquentes.

VI. — Le pronostic maternel reste bon, mais les suites de couches sont souvent pénibles.

VII. — Les enfants sont presque toujours d'un poids sensiblement inférieur à la normale. Ce sont des prématurés et souvent des débiles. Voués autrefois à la mort, ils survivent actuellement, dans une proportion importante, sans qu'aucune infériorité ne vienne, plus tard, les différencier des enfants normaux.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU :

Le Président de la Thèse,

WEILL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 février 1913.

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ATTI. — *Société italienne d'obstétrique et de gynécologie.*
Traité d'accouchements.

Dictionnaire Dechambre.

Rome, 1900.

AUBERT. — *Thèse de Paris*, 1899-1900.

BAUDOIN. — *Gazette médicale.* Paris, 1902.

BESSON. — *Thèse de Paris*, 1877.

BOISSARD. — *Journal des Praticiens.* Paris, 1900.

BOQUEL. — *Journal d'obstétrique, de gynécologie et de
pédiatrie*, 1906.

BOYER. — *Thèse de Paris*, 1896-97.

BUDIN. — *Clinique obstétricale*, 1889.

CHARBONNIER. — *Thèse de Toulouse*, 1894-95.

DRIZARD. — *Thèse de Lyon*, 1901-02.

DUNAL. — *Montpellier médical*, 1860.

FLETSCHER. — *Annales de gynécologie*, 1875.

FIEUX. — *Revue mensuelle de gyn., obst. et pédiatrie.*
Bordeaux, 1901.

GUIHAL. — *Thèse de Paris*, 1900-01.

- HERGOTT. — *Annales de gynécologie*, 1882.
- HIRIGOYEN. — *Thèse de Paris*, 1879.
- JULLIEN. — *Thèse de Paris*, 1896-97.
- LABORDE. — *Gazette médicale*. Paris, 1902.
- LEHMANN. — *Revue d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.
- MAYGNER ET DEMELIN. — *Archives de tocologie*, 1902.
- MOERLOSE. — *Journal d'accouchement*. Liège, 1902.
- MOUSSOUS. — *Archives de tocologie*, 1875.
- O'REILLY. — *Medical Herald*. Louisville, 1883.
- PINARD. — *Palper abdominal et Clinique obstétricale*, 1899.
- PUECH, de Nîmes. — *Des naissances multiples*, 1872.
- PUECH. — *Annales de gynécologie*, 1877.
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — *In palper abdominal de Pinard*.
- SCRIBER. — *Thèse de Paris*, 1905-06.
- SEMANNE. — *Thèse de Paris*, 1908.
- WILDERMANN. — *Thèse de Paris*, 1887-88.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
CHAPITRE I. — Historique. — Limitation du sujet.	15
CHAPITRE II. — Statistique	19
CHAPITRE III. — Diagnostic de la grossesse triple...	22
CHAPITRE IV. — Marche et terminaison de la grossesse triple	27
CHAPITRE V. — § 1 ^{er} : L'accouchement	29
§ 2 ^e : La délivrance	30
CHAPITRE VI. — Manière d'être des œufs	32
CHAPITRE VII. — Conduite à tenir :	
§ 1 ^{er} : Pendant la grossesse	35
§ 2 ^e : Pendant le travail	36
§ 3 ^e : Pendant la délivrance ...	37
§ 4 ^e : Dystocie spéciale	38
CHAPITRE VIII. — Observations	41
CHAPITRE IX. — Pronostic de la grossesse trigé- mellaire :	
§ 1 ^{er} : Le pronostic maternel ...	62
§ 2 ^e : Le pronostic fœtal	63
CONCLUSIONS	67
BIBLIOGRAPHIE	69

